

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 70

SYPHILIS TERTIAIRE DU BOURGEON MÉDIAN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile MARTIN

Né le 7 Mai 1890, à Valloires (Savoie)



LYON

IMPRIMERIE F. REY

57, Rue Franklin

—
1919

SYPHILIS TERTIAIRE DU BOURGEON MÉDIAN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile MARTIN

Né le 7 Mai 1890, à Valloires (Savoie)



LYON

IMPRIMERIE F. REY

57, Rue Franklin

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN
J. LÉPINE ASSESSÈUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARB.
	TIXIER.
	BERARD.
Cliniques chirurgicales	FABRE.
	ROLLET.
Clinique obstétricale et Accouchements	NICOLAS.
Clinique ophtalmologique	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	WEILL.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des enfants	CLUZET.
Clinique des maladies des femmes	HUGOUNENQ.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	MOREL.
Chimie biologique	MOREAU.
Chimie organique et Toxicologie	GUIART.
Matière médicale et Botanique	X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	POLICARD.
Anatomie	DOYON.
Anatomie générale et Histologie	COLLET.
Physiologie	MOURIQUAND.
Pathologie interne	PAVIOT.
Pathologie et Thérapeutique générales	POLLOSSON (M.)
Anatomie pathologique	ARLOING.
Médecine opératoire	Etienne MARTIN.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT.
Médecine légale	PIC.
Hygiène	FLORENCE.
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie interne	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	PIERY
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	COTTE
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	DUROUX
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	BONNAMOUR, char-
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	gè des fonctions.
NOGIER	CADE		SARVONAT id.

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président* ; COLLET, *Assesseur*.
MM. MOURIQUAND et CADE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

A MES AMIS

A MES MAITRES

Nous venons de terminer la dernière ligne de notre thèse, fait bien insignifiant, d'un travail bien modeste. Nous ne pouvons cependant nous défendre d'une certaine émotion, car elle s'achève au temps de notre vie dont les souvenirs resteront vivaces en nous. Nous ne pouvons, non plus, nous empêcher de rapprocher ici deux faits, deux dates, par les analogies que nous leur trouvons.

Vers la fin du mois d'octobre 1915, les événements de la guerre voulurent que nous fussions désigné pour faire partie du corps expéditionnaire que la France envoyait en Orient. Et, par une splendide matinée d'automne, toute de lumière, nous quittions le port de Toulon.

La Grèce des Classiques, l'Orient de nos modernes romanciers, et la nouveauté d'une traversée, excitaient notre curiosité : nous partions sans regrets, l'esprit tendu vers les événements qui nous attendaient.

Mais lorsque les côtes de France se furent enfoncées derrière l'horizon, nous ne fûmes pas le seul à nous sentir envahi par une vague tristesse. Et les sentiments que nous avions éprouvés jusqu'alors, firent place à la foule des souvenirs que nous emportions ; et tout ce que nous venions de quitter prit à nos yeux une valeur que nous n'avions pas appréciée jusqu'alors.

Aujourd'hui encore c'est un départ : départ sans espoir espoir de retour. Notre vie d'étudiant s'achève. Malgré

les préoccupations de celle qui va s'ouvrir devant nous, nous éprouvons le besoin de revenir sur nos pas et d'exprimer à tous ceux qui furent nos maîtres le regret que nous avons de les quitter et les sentiments de durable affection que nous leur gardons. Les jalons, que, grâce à eux, nous avons plantés, pour nous indiquer notre ligne de conduite à travers les difficultés avec lesquelles nous nous trouverons aux prises, nous rappelleront leur souvenir tout le long de notre route. Leurs enseignements et leurs conseils prendront alors une valeur qui réveillera en nous des pensées d'infinie gratitude et de remerciements qu'ils veulent bien les accepter en retour des efforts qu'ils firent pour nous.

Nous voudrions ici remercier particulièrement Monsieur le Professeur Nicolas dont la science, le jugement et la bonté ont fait de lui un maître vénéré et aimé. Il a bien voulu présider cette thèse, après nous l'avoir conseillée. Nous ne saurions lui en être trop reconnaissant.

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses manifestations de la syphilis tertiaire, les plus fréquentes sont certainement celles qui apparaissent au niveau des fosses nasales, de la voûte palatine et du voile du palais : « La vérole aime le nez », selon le mot de Fournier.

Déjà notée par tous les anciens auteurs, la syphilis nasale fut rencontrée par Jullien 54 fois chez 237 syphilitiques. Fournier, de son côté, dans une statistique portant sur 4000 cas l'avait relevée 229 fois. Après les accidents du système nerveux, les accidents cutanés et ceux du système osseux en général, les accidents du nez sont considérés comme étant les plus fréquents au cours du tertiarisme. Depuis le catarrhe simple des fosses nasales, l'écoulement muco purulent, l'ozène, jusqu'aux vastes délabrements, aux perforations de la cloison et de la voûte palatine, aux effondrements du nez, nous trouvons toutes la gamme des lésions dues à l'action destructive de la syphilis à cette époque de son évolution.

Cette fréquence de la syphilis nasale n'a pas manqué de frapper l'attention des cliniciens et a permis la production de nombreux ouvrages à ce sujet. Cependant, il est une localisation de la vérole qui ne semble pas avoir été mise en évidence jusqu'à ce jour et dont nous n'avons pas trouvé trace dans la littérature médicale : nous voulons parler de la syphilis tertiaire du bourgeon médian, lequel, né du bourgeon frontal, puis soudé aux apoplyses palatines forme la partie la plus antérieure de la voûte palatine et porte, implantées sur lui les incisives médianes et latérales.

Les lésions de ce bourgeon paraissent avoir été par les différents auteurs, soit confondues avec des lésions d'ostio-périostite dentaire banale, soit englobées dans celles de la voûte palatine. Nous croyons cependant qu'elles méritent une place à part. Aussi nous proposons-nous de les étudier sommairement ici : nous attachant surtout à cette idée qu'il est possible de rencontrer, qu'il est même fréquent d'observer des manifestations syphilitiques sur le bourgeon médian alors que le reste de la voûte palatine est indemne.

Qu'il nous soit, en effet, permis de faire remarquer (ainsi que nous l'a souvent répété M. le Professeur Nicolas, inspirateur de ce travail et de qui les conseils nous furent d'une grande utilité) la rareté des accidents tertiaires du reste du maxillaire supérieur par rapport à ceux observés au niveau des incisives et canines. Alors que l'on ne voit presque jamais la syphilis attaquer la région des prémolaires il n'est pas rare de la voir se localiser sur celle où s'implantent incisives et canines. Nous n'apportons pas de faits précis révélés par des statistiques mais simplement des impressions notées par quelques uns de nos meilleurs

cliniciens et qui, par conséquent méritent d'être signalées.

Nous feront précéder cette étude d'un court aperçu embryologique afin de montrer l'individualité anatomique du bourgeon médian : puis, dans divers paragraphes nous noterons les cas dans lesquels lui seul doit être mis en cause, et enfin, nous rapporterons quelques observations que nous avons pu recueillir et qui paraissent être en faveur de cette idée. Nous terminerons par un court aperçu synyomatologique de ces manifestations.

CHAPITRE PREMIER

EMBRYOLOGIE DU BOURGEON MEDIAN

Durant les premières semaines de la vie embryonnaire (jusqu'au 40^e jour, environ) la région de la face se compose de bourgeons séparés par des fissures. Ces bourgeons sont : d'une part, le bourgeon frontal qui descend de l'extrémité céphalique, et, d'autre part, deux arcs branchiaux symétriques (la première paire : arcs faciaux ou mandibulaires) constituant les parties latérales de la face.

Dans leur évolution, ces différents bourgeons vont aller à la rencontre les uns des autres dans les parties profondes et superficielles de la face ; puis se fusionner pour constituer le nez, la lèvre supérieure, le maxillaire supérieur et, (pour le cas qui nous concerne) le bourgeon médian appelé encore bourgeon incisif.

Nous allons suivre séparément ces différents bourgeons, au cours de leurs modifications successives.

1^o *Bourgeon frontal*. — On désigne sous le nom de bourgeon frontal la partie qui, chez l'embryon, descend de l'extrémité céphalique. Cette partie n'est pas régulièrement cylindrique : mais sa face inférieure, qui surplombe en avant l'excavation nasopharyngée, est sensiblement plane, comme si elle avait été abrasée. Sa face antero-supérieure est arrondie et se continue en arrière sans ligne de démarcation appréciable avec la partie postérieure de la tête.

Latéralement le bourgeon frontal est limité par un sillon

qui le sépare du premier arc et à l'extrémité duquel on trouve la vésicule oculaire.

Au cours de la troisième semaine, le bord inférieur du bourgeon frontal répondant à l'intersection de sa face inférieure plane et de sa face antéro-supérieure convexe, n'est plus régulier, mais présente une échancrure sur la ligne médiane, si bien que le bourgeon frontal se termine alors, en avant, par deux prolongements connus sous le nom de bourgeons nasaux.

Vers la fin de la troisième semaine (embryon de quatre millimètres) chaque bourgeon se creuse d'une petite fossette (fossette olfactive) communiquant avec la cavité buccale par une gouttière qui se rétrécit progressivement (sillon nasal). Chaque bourgeon nasal s'est ainsi subdivisé en deux bourgeons secondaires : les bourgeons nasaux internes et externes.

2° *Premier arc branchial* (arc facial ou maxillaire). Les premiers arcs limitent inférieurement l'orifice naso-buccal dont le bourgeon frontal constitue la paroi supérieure.

De très bonne heure, alors que l'embryon humain ne possède encore que deux fentes branchiales et mesure 2 à 3 mm., on voit se soulever sur les parties latérales de chaque arc facial, un bourgeon qui se porte en haut et en avant, vers le bourgeon nasal correspondant. L'extrémité antérieure du premier arc semble ainsi se bifurquer et ses deux divisions ont reçu le nom de bourgeons maxillaires supérieur et inférieur. Il résulte de cette disposition qu'à un moment donné l'ouverture buccale affecte la forme d'un pentagone allongé transversalement dont les trois côtés supérieurs sont représentés par le bourgeon frontal, au milieu, et latéralement par le bourgeon maxillaire

supérieur; et les deux côtés inférieurs par le bourgeon maxillaire inférieur.

Le bourgeon maxillaire supérieur, dans son mouvement d'extension en avant, passe au-dessous du sillon nasal externe et vient s'accoler, puis se souder au bourgeon nasal interne.

Les sillons nasaux se trouvent ainsi transformés en deux canaux qui sont les rudiments des fosses nasales de l'adulte.

Deux bourgeons secondaires se développent aux dépens de chaque branche maxillaire supérieure : le bourgeon palatin ou lame palatine et le bourgeon ptérygo-palatin. Les lames palatines émanées de la face buccale des deux branches maxillaires supérieures (7^e semaine) se portent horizontalement à la rencontre l'une de l'autre sur la ligne médiane et se fusionnent entre elles, tandis que par leur extrémité antérieure elles s'unissent aux bourgeons nasaux internes.

Ainsi se trouve constituée la partie antérieure de la voûte palatine que complètent en arrière les lames horizontales des bourgeons ptérygo-palatins. Les bourgeons nasaux internes vont devenir le bourgeon incisif, premier rudiment de l'os incisif ou intermaxillaire qui va se souder au début du troisième mois avec les lames palatines.

D'après Albrecht, la formation du bourgeon incisif n'appartiendrait pas uniquement au bourgeon nasal interne. Le bourgeon nasal externe ne s'arrêterait pas à l'aile du nez, mais il descendrait et viendrait prendre place sur le rebord alvéolaire entre le bourgeon nasal interne et le maxillaire, constituant ainsi l'os intermaxillaire externe, porteur de l'incisive latérale. Il y aurait ainsi quatre os

intermaxillaires : deux internes supportant chacun une incisive médiane, deux externes sur lesquels sont implantées les incisives latérales.

Quelle sera donc la part de cet os incisif dans la constitution de la voûte palatine de l'adulte ? Elle sera représentée par un espace triangulaire dont la base comprendra l'insertion des incisives médianes et latérales et peut-être aussi une partie des canines et dont le sommet, situé sur la ligne médiane s'étendra jusqu'au trou palatin antérieur.

Ainsi individualisé au point de vue embryologique et anatomique, nous allons aborder la pathologie du bourgeon incisif, au cours de la syphilis tertiaire.

CHAPITRE II

PATHOLOGIE DU BOURGEON MÉDIAN

Dans cette étude de la pathologie du bourgeon médian nous apporterons deux ordres de faits : les uns consistent en des malformations, des arrêts de développement qui sont la conséquence de lésions trophiques apparaissant chez le fœtus ou durant les premières années de la vie extra-utérine et dans lesquels la spécificité est mise en cause ; les autres, plus accusés, consistant en des accidents destructifs, nécrosants et apparaissent à tous les âges.

Dans les premiers nous observons surtout les résultats de lésions qui sont arrêtées ; dans les autres nous assistons à l'évolution même de ces accidents.

Nous diviserons donc ce chapitre en deux grands paragraphes.

1° Malformation du bourgeon médian ou incisif, due à la syphilis.

2° Observations cliniques d'accidents tertiaires en évolution, localisées au bourgeon médian.

1° Malformation du bourgeon médian ou incisif, due à la syphilis.

A — DENT D'HUTCHINSON

Maintes fois et de bonne heure le bourgeon incisif traduit sa souffrance chez le syphilitique héréditaire, par des malformations que depuis Hutchinson on considère comme

la signature du mal. Les échancrures en coup d'ongle, en croissant du bord libre de la dent, son aspect tronc conique et son grand axe d'implantation dirigé en bas et en dedans sont en effet regardées comme étant une conséquence de la syphilis.

A une certaine époque de son évolution, la dent n'a plus reçu la somme de matériaux nécessaires à sa formation intégrale et correcte ; elle s'est alors constituée vicieusement, incomplètement et ce trouble nutritif, cet arrêt de développement s'est produit, s'est imprimé sur la couronne par une zone atrophique. Il y a là une lésion de nutrition dont la cause est unanimement rapportée à la syphilis. Y a-t-il lieu de penser que c'est la dent elle-même, la dent seule qui est malade et que le tissu osseux qui la supporte ne peut entrer en ligne de compte ? Nous ne croyons pas, car s'il en était ainsi pourquoi la lésion se confinerait-elle aux incisives ; pourquoi les autres dents, à un degré plus ou moins avancé, ne présenteraient-elles pas les mêmes lésions.

Une brève étude de la formation des dents nous fera d'ailleurs comprendre la genèse de ces malformations : Deux catégories de tissus entrent en jeu dans la constitution des dents :

1° Du tissu conjonctif né du maxillaire qui produit le bulbe dentaire et plus tard la dentine, la pulpe et le ciment.

2° Du tissu épithélial venu de la gencive, qui forme l'organe adamantin et plus tard l'émail.

Voici comment les faits évoluent : vers le 40^e jour de la vie intra-utérine, l'épithélium qui recouvre le bord gingival, s'enfonce dans le tissu embryonnaire du maxillaire, sous la forme d'une lame. De cette lame naissent une série de

petits bourgeons, lesquels se développent peu à peu, se pédiculisent et finalement s'isolent de la lame qui leur a donné naissance, pour venir coiffer une masse de tissus conjonctifs née du maxillaire : le bulbe. Dès lors ces bourgeons épithéliaux vont vivre et se développer par l'intermédiaire du bulbe qui fait encore partie du maxillaire et subit par conséquent toutes les influences nocives qui se manifestent sur lui.

Et, si la toxine spécifique imprégnant le tissu osseux, va l'empêcher d'évoluer normalement, ce trouble d'évolution va nécessairement retentir sur les formations embryonnaires qui donneront naissance aux dents. Cet enchaînement de faits nous paraît logique.

On pourrait objecter encore que ces lésions s'observent parfois sur d'autres dents que les incisives. En 1844, en effet, Carabelli décrivait une cuspide surnuméraire située sur la face palatine de la première molaire permanente supérieure et greffée sur le collet de la dent. On ne lui donna d'abord aucune signification pathologique, mais, plus tard certains auteurs se basant sur la constance d'un Wasserman positif chez ceux qui en étaient porteurs, en firent un signe de syphilis héréditaire. Allant plus loin, ils admirèrent que, même en l'absence de tout autre signe la présence du tubercule de Carabelli suffisait pour affirmer l'existence d'une hérédo-syphilis. C'était lui donner une importance égale à celle de la dent d'Hutchinson, importance qui ne nous permettrait pas de soutenir notre thèse. Or Jeanselme, par une étude récente, très approfondie vient de battre en brèche cette hypothèse.

Dans une statistique portant sur 26 paludéens porteurs du tubercule de Carabelli, il n'obtint pas une seule fois

un Wasserman positif, puis chez 9 autres sujets à malformation indentique la réaction de Wasserman fut toujours négative. André Collin et M^{me} Soufflard, de leur côté, expérimentant chez 10 enfants sourd-muets ne trouvèrent le Wasserman positif qu'une seule fois.

Mozer et Chenet, chez 19 sujets pourvus d'un tubercule de Carabelli bien caractérisé, rapportent que l'examen sérologique n'a jamsis été positif.

M. Mantoux sur 10 tuberculeux ayant une cuspide supplémentaire sur la face interne de la première grosse molaire droite et gauche n'a obtenu que deux fois une réaction de Wassermann positive. L'un et l'autre sujet étaient atteints de syphilis acquise.

Ainsi, la pierre angulaire de l'édifice tombait : il n'était pas vrai que les porteurs du tubercule de Carabelli avaient toujours un Wasserman positif. Mais, poussant plus loin ses recherches, Jeanselme montrait que, sur des séries de crânes, appartenant à des époques différentes, il avait trouvé le tubercule de Carabelli, avant les grandes propagations de la syphilis, aussi fréquemment qu'après, (découverte de l'Amérique, guerre d'Italie sous François I^{er})

Des recherches paléontologiques révélèrent sa présence même chez l'homme préhistorique. Tous ces faits lui permirent de conclure que « Le tubercule de Carabelli n'est pas un signe d'hérédo-syphilis. Il importe de détruire une notion erronnée qui aurait pour conséquence de faire admettre sans preuve, comme entachés de syphilis héréditaire le dixième et peut-être même le sixième des adultes valides de notre population française ».

Nous nous en tiendrons donc à la vieille conception d'Hutchinson qui n'admettait comme lésions spécifiques

héréditaires au niveau des dents que celles observées sur les incisives supérieures.

Voici d'autre part l'opinion que A. Fournier formulait dans ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive à propos de la dent d'Hutchinson :

La malformation dentaire dont je viens de vous parler n'est pas seulement spéciale par sa configuration. Elle l'est encore, et à un degré équivalent par sa localisation.

Ainsi :

1^o D'une façon qu'on peut qualifier de constante elle a pour siège les incisives médianes de la seconde enfance.

2^o Il est non moins constant qu'elle affecte les deux dents d'une façon exactement similaire, symétrique.

3^o Il est fréquent qu'elle les affecte d'une façon exclusive.

Elle s'observe parfois aussi, dans la deuxième dentition, sur d'autres dents que les incisives médianes, à savoir : les incisives supérieures latérales, voire (*mais très exceptionnellement*) les canines.

Or nous savons que la ligne de suture entre le bourgeon incisif et l'apophyse palatine divise la canine supérieure en deux parties. Il n'y a donc rien d'anormal à ce que les lésions, dans les syphilis graves, s'étendent parfois jusqu'aux canines.

Ainsi donc nous pouvons conclure en nous résumant : La dent d'Hutchinson est due à la spécificité ; la dent d'Hutchinson est localisée aux dents insérées sur le bourgeon incisif ; il est plus que probable que les malformations observées sur elles sont dues à des troubles spécifiques du bourgeon incisif.

B — BEC DE LIÈVRE

A côté de la dent d'Hutchinson, nous devons ranger la malformation connue sous le nom de bec de lièvre. Plus saisissante encore que la première, elle consiste dans un défaut de coalescence entre le bourgeon palatin et le bourgeon insicif.

Si le problème de la pathogénie du bec de lièvre n'a pas été encore solutionné d'une façon parfaite jusqu'à ce jour, du moins a-t-on pu se rendre compte de la part que la syphilis prenait à sa formation.

Tantôt on a vu là la conséquence de causes locales propres à l'embryon : attitudes vicieuses intra-utérines de son corps ou de ses membres ; certains processus pathologiques dont ses tissus seraient le siège ; interposition entre des lames et des bourgeons destinés à se fusionner, de tumeurs ou de productions de diverse nature ou de brides amniotiques plus ou moins étendues. Tantôt ces causes locales ont été considérées comme extrinsèques par rapport à l'embryon : compressions brusques et soutenues, traumatismes.

Mais à mesure que la notion d'hérédité se précisait en pathologie, elle jetait une lumière nouvelle sur l'histoire du bec de lièvre.

La syphilis est une tare profonde dont les effets se font sentir sur la progéniture de ceux qui en sont atteints en donnant lieu à divers stigmates de dégénérescence ou à des maladies de dégénérescence. Or parmi ces lésions de dégénérescence on n'hésite plus guère à faire figurer les

malformations en général, celles du crâne et de la face en particulier (Le Dentu).

L'influence de la syphilis dans le bec de lièvre semble aujourd'hui certaine tant sont nombreux les faits qui plaident en sa faveur.

Déjà soupçonnée pour les malformations quelconques puis affirmée nettement par Lannelongue T.-R. Baron, Brown ; assez nettement par Kirmisson, A. Broca pour les malformations labiales et par conséquent pour les palatines, elle a été mise en lumière d'une façon vraiment convaincante par Alfred Fournier et Edmond Fournier.

Sur 23 enfants atteints de bec de lièvre, Kirmisson relevait huit hérédo-syphilitiques soit le tiers. Nous avons donc de bonnes raisons de croire que dans le bec de lièvre le bourgeon médian souffre de la syphilis qui met un arrêt à son développement.

Ici encore, nous trouvons donc réunis les deux facteurs qui nous occupent : bourgeon médian et syphilis. Ici encore cette dernière s'est attaquée spécialement au premier, alors que les apophyses palatines et le reste du maxillaire supérieur en général n'a pas été troublé dans son évolution.

A côté du bec de lièvre nous devons placer aussi d'autres malformations de moindre importance consistant en des atrophies du bourgeon incisif, des hypertrophies avec prognathisme supérieur dans lesquelles la syphilis a été mise en cause. Nous ne pourrions les rapporter toutes, car, d'une part leur classification est difficile et d'autre part elles sont plus ou moins évidentes et demandent parfois à être cherchées : absence d'incisives, mauvaises

implantations dentaires, dents surnuméraires, etc. Leur pathogénie n'est pas très connue, mais il est probable que la syphilis joue un rôle dans leur production.

2° Observations cliniques d'accidents tertiaires en évolution, localisés au bourgeon médian.

Nous avons fait remarquer au début de ce travail que la littérature médicale était pauvre en relations de faits se rapportant à la syphilis du bourgeon médian et que la plupart des auteurs l'avaient englobée dans la syphilis alvéolo-dentaire.

Mauriac, par exemple, dans son traité de la syphilis tertiaire et héréditaire, s'exprime ainsi : « On peut observer l'ostéite sur la voûte palatine et les parties inférieures de la cloison osseuse. Je l'ai vue trois ou quatre fois, sur le maxillaire supérieur, au niveau de l'arcade dentaire sur le point le plus antérieur de la voûte ou même au dessous de la cloison cartilagineuse et derrière la lèvre supérieure ». Il semble bien qu'il s'agisse ici du bourgeon médian ; mais le mot n'est pas prononcé.

Cette confusion de la syphilis de la voûte palatine avec celle du bourgeon incisif, ne nous a pas permis de rechercher la fréquence de cette dernière, ni d'apporter de nombreux faits à l'appui de notre thèse. Nous croyons cependant, que les observations que nous apportons sont suffisamment probantes pour penser qu'il existe une syphilis du bourgeon médian.

OBSÉRVATIONS

OBSERVATION I

Voici en premier lieu une observation de Mauriar, assez explicite pour affirmer qu'il s'agit du bourgeon incisif, dans laquelle pourtant il a pensé avoir à faire à une ostéo-syphilose alvéolo-dentaire.

« L'ostéo-syphilose alvéolo-dentaire n'est pas rare. Elle m'a semblé siéger de préférence sur le maxillaire supérieur. Chez un de mes malades, âgé de 50 ans, qui avait contracté la syphilis 17 ans auparavant et qui n'en avait éprouvé que des accidents assez peu graves, il survint de l'enchifrènement et des douleurs dans la région nasomaxillaire. Les incisives, puis les canines tombèrent successivement et au bout de deux ans, la portion du maxillaire qui les supportait, fut éliminée sous forme de séquestre. Il en résulta une grande communication derrière la lèvre supérieure entre la bouche et les cavités nasales. »

Nous remarquons, dans cette observation que non seulement les dents du bourgeon incisif (incisives), tombèrent, mais aussi les canines. Or nous avons vu que ces dernières étaient en partie implantées sur le bourgeon médian. Il ne semble donc pas anormal qu'elles soient atteintes dans les accidents spécifiques graves.

OBSERVATION II (Personnelle)

Syphilis tertiaire de la partie antérieure de la voûte palatine.
Pas d'antécédents connus.

Louise C..., 21 ans. Antécédents personnels : Bronchite dans l'enfance. Pas d'histoire de syphilis. Un enfant il y a un an, venu à terme, mort à 5 mois.

Début, il y a trois mois par des céphalées presque quotidiennes, diurnes seulement. Il y a six semaines, écoulement nasal très épais, muco-purulent, avec gonflement de la racine du nez. Il y a quatre semaines, la malade ressentit des douleurs à caractères névralgiques du côté droit de la face ainsi qu'au niveau de l'incisive latérale droite. Le lendemain, elle s'aperçut d'un gonflement de la voûte palatine; puis il se forma un abcès à ce niveau, lequel s'ouvrit spontanément au bout de quatre ou cinq jours. La suppuration dura une huitaine de jours. Pus jaunâtre, franc, sans élimination de séquestres. L'écoulement nasal, surtout du côté droit persiste. Les céphalées, moins vives, persistent cependant.

Actuellement, on observe une tuméfaction de la voûte palatine : ovalaire et déprimée au centre : ainsi que la cicatrice de la fistule formée à ce niveau. Dimensions d'une petite amande, à peu près médiane, dépassant un peu plus à droite qu'à gauche; consistance dure, osseuse, non fluctuante, non crépitante, s'étendant en avant jusqu'à 1 centimètre environ de la face postérieure des incisives médianes et en arrière, jusqu'à 2 centimètres environ du voile membraneux. En tout 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Cette cicatrice n'est pas douloureuse actuellement.

Les 2 incisives droites sont branlantes, les autres (incisives gauches et canine droite) sont fixes. Rien autre dans la cavité buccale. Épaississement de la racine du nez; écoulement nasal et croûtes d'impetigo à l'orifice narinaire. Plancher nasal intact. Pas de perforation de la cloison. Injections de néosalvarsan (0 gr. 30 — 0,60 — 0,75 — 0,75) le 30 septembre 1916. Le 8 novembre, la malade revient très améliorée. La tumeur palatine s'est aplaniée et ne fait plus qu'une légère saillie. Les dents sont consolidées. L'épaississement de la racine du nez a diminué considérablement, ainsi que l'écoulement nasal qui ne persiste plus que du côté gauche, peu abondant.

OBSERVATION III (Personnelle)

Paul D..., 23 ans. Vient à la visite le 13 octobre 1919.

Parents âgés de 55 ans environ, 1 frère vivant. Ne se souvient pas que sa mère ait eu des fausses couches.

Pas d'antécédents spécifiques personnels. Blennorrhagie en 1916, gale en 1915 et 1917. Bonne santé habituelle.

Début de l'affection actuelle en Juin 1919. Le malade ressentait une légère cuisson en mangeant des mets acides, sans aucune douleur dentaire à la pression. L'examen ne montrait alors qu'une zone plus rouge, non soulevée. En Juillet, ulcération de 3 à 4 millimètres de diamètre, arrondie, peu profonde, siégeant un peu à gauche de la ligne médiane, immédiatement en arrière de l'incisive. Au début d'Août apparaît une tuméfaction de la voûte palatine de la grosseur d'une petite noix, qui motive l'évacuation sur l'hôpital avec le diagnostic : « Abscès de la paroi du palais ».

Il ne fut pas incisé; on fit des lavages. Assez rapidement, il se fit une élimination de muqueuse nécrosée, sans écoulement de pus franc; l'élimination se fit par la bouche et par le nez. Ce n'est qu'à cette époque que les dents devinrent douloureuses à la pression et même spontanément, la nuit. Elles devinrent en même temps mobiles. Le soir, la température oscillait entre 38° et 39°. Asthénie extrême due en partie à une difficulté de l'alimentation. Il se forma alors 4 fistules par lesquelles le malade voyait des séquestres osseux. Il ne se souvient pas s'il avait des ganglions. En fin Août, on fit un Wasserman qui fut positif. Au début de septembre, avec le diagnostic de chancre du palais, on commença un traitement au néosalvarsan, 1 injection à 0,15; 3 à 0,30; 9 à 0,45; 1 à 0,60 et 1 à 0,30. Les injections furent faites tous les 2 jours; le jour intercalaire étant occupé par une injection intra-musculaire de mercure. Il y eut pourtant une interruption de 8 jours au milieu du traitement.

Sous l'influence du traitement, une amélioration rapide suivit; la tuméfaction s'affaissa et le malade élimina par des fistules, des séquestres osseux, dont le plus volumineux avait environ un demi-centimètre de long.

Actuellement : Le traitement est fini depuis 6 jours. Il persiste un

peu de douleur spontanée des dents supéro-antérieures. La pression et la mastication révèlent une légère douleur. Sur le voile, cicatrisation complète sauf une petite fistule à gauche de la ligne médiane aboutissant sur un plan osseux ne paraissant pas dénudé. Cicatrice arrondie à la jonction du voile et de la voûte.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Andrée A..., 21 ans. 7 Août 1919. Vient, envoyée par M. P. Collet pour une tuméfaction de la partie médiane de la voûte palatine, Antécédents héréditaires : Père alcoolique, mère bien portante, sans fausses couches (sœur morte à un an).

Antécédents personnels : Excellente santé antérieure ; n'a jamais eu de manifestation de spécificité.

L'affection actuelle a débuté il y a quinze jours, brusquement. Au réveil, la malade ressentit une douleur intense, avec maximum au niveau de la joue droite qui était rouge et enflée. Les incisives droites supérieures étaient douloureuses. A ce moment, la malade vit sur sa voûte palatine, une petite masse médiane du volume d'une noisette.

Le surlendemain, la tumeur avait triplé de volume. La malade alla voir un médecin qui l'incisa. Il sortit une assez grande quantité de pus fétide, sans séquestre osseux. L'incision amena une grosse diminution des douleurs. Le lendemain le médecin fit encore sortir du pus, par expression. Mais, dans la suite, les douleurs réapparurent avec céphalée généralisée et insomnie. La malade ne prit point sa température, mais croit avoir eu de la fièvre.

La veille de sa venue dans le service, la malade alla voir M. le Professeur Collet qui fit de l'exploration par voie nasale, très douloureuse. La douleur disparut et n'est plus revenue depuis.

A l'examen, on trouve, exactement sur la ligne médiane de la voûte palatine, une tumeur allongée, du volume d'une grosse amande, fluctuante, légèrement douloureuse à la palpation. A son niveau, la muqueuse est un peu rouge et l'on voit encore la trace de la première incision. La pression est nettement douloureuse sur les deux incisives droites supérieures, qui paraissent anormalement mobiles. La canine est cariée, mais non douloureuse. Un peu d'œdème

dans le sillon jugo-nasal droit ; un point douloureux très limité de la partie toute supérieure du sillon gingivo-labial, au-dessus de la canine. Au niveau de la joue, la pression est douloureuse, à un travers de doigt en dehors de l'aile du nez. Le point d'émergence des filets nerveux mentonniers et orbitaires ne sont pas douloureux.

Pas d'adénopathie.

Le 7 Août. — Injection de 0,15 de néosalvarsan. Le 14 Août. — La malade paraît améliorée. La tumeur est plus petite, mais depuis trois jours, elle mouche du pus. Pas de douleurs. Néosalvarsan, 0,30. Le 21 Août. — Néosalvarsan 0,30. Un peu de pus dans le nez, la tumeur s'est considérablement affaïssée.

Le 28 Août. — La malade ne mouche plus de pus par le nez. Apparition d'une petite fistule sur la gencive de la 2^e incisive droite. La pression à droite de l'orifice droit du nez n'est presque pas douloureuse. Les dents sont plus solides et se mobilisent beaucoup moins facilement.

Le 3 Septembre 1919. — L'amélioration s'accroît de plus en plus. La fistulette gingivale ne donne presque plus. Persistance d'une tuméfaction considérablement aplatie de la voûte palatine. Le 1^{er} Octobre 1919. — La malade présente toujours une légère tuméfaction de la voûte palatine. La fistule gingivale persiste toujours. A ce niveau, l'exploration permet de reconnaître un point dur, de consistance osseuse, qui émerge légèrement de l'orifice de la fistule et que l'on reconnaît être un fragment d'os nécrosé en voie d'élimination. La malade ne mouche plus de pus ; elle déclare se porter très bien, avoir bon appétit ; et vient faire continuer son traitement. Elle est remise aux injections de néosalvarsan.

Nous n'avons pu suivre la malade plus longtemps. Il paraît probable que, malgré le traitement, la nécrose du bourgeon incisif, trop avancée, n'a pu être enrayée et que, peu à peu, l'élimination de celui-ci va se poursuivre.

OBSERVATION V

Syphilis. — Accidents tertiaires. — Nécrose du maxillaire supérieur. —
Élimination d'une portion notable du maxillaire supérieur.

M. X..., 40 ans, a contracté la syphilis il y a 18 ans, s'est soigné régulièrement pendant les trois premières années; a pris des doses élevées de protoiodure de mercure; et depuis cette époque, se croyant complètement guéri, ne s'est plus soumis à aucun traitement, sauf pendant deux autres années où il a absorbé environ 100 grammes d'iodure de potassium. Les accidents secondaires ont été d'ailleurs assez bénins: Roséole, plaques muqueuses de la gorge et de la langue, perte de deux ongles par onyxis. Ce malade fume environ une dizaine de cigarettes par jour, sans qu'il y ait aucun accident muqueux de la bouche; vie sobre.

Novembre 1899. M. X..., éprouve en Novembre 1899 une gêne sensible de la narine gauche. Il se plaint d'une sensation de gonflement et d'obstruction, pour laquelle il va consulter un médecin rhinologiste qui conseille 1 gramme 50 d'iodure de potassium par jour et des irrigations nasales avec de l'eau salée. Il n'y avait à ce moment aucun écoulement par le nez. Ce traitement paraît donner quelque soulagement au malade qui respire plus librement et accuse une diminution de l'état de tension de la narine gauche, mais en même temps que le côté droit semble devenir malade aussi. La gêne existe des deux côtés.

8 Janvier 1890. — M. X..., se présente à notre consultation avec une lettre de son médecin, pour savoir si nous ne sommes pas en présence d'un catarrhe du sinus maxillaire. Depuis trois jours, en effet, M. X... mouche du pus fétide. A l'examen, toutes les dents sont absolument saines. La transparence des cavités hignoriennes, à la lampe électrique, est égale des deux côtés. Le pus ne s'écoule point spontanément, même lorsque le malade tient la tête tout à fait baissée. Le pus mouché vient des deux narines et n'a pas d'odeur caractéristique. Toutes ces raisons nous font rejeter le diagnostic de catarrhe des sinus.

1^{er} Mai. — M. X..., que nous n'avons pas revu depuis le 8 Janvier, vient nous consulter à nouveau, accompagné de son médecin. Un

gonflement considerable de la lèvre supérieure a déformé la face. Les narines sont soulevées, écartées. Les deux incisives centrales et l'incisive latérale droite baignent dans le pus qui s'écoule abondamment le long des parois alvéolaires. Le malade a de la fièvre depuis 36 heures seulement. Les accidents ont éclaté brusquement, car l'état de son nez ne s'est guère modifié depuis sa première visite chez nous (8 Janvier 1890). Il a suivi le traitement prescrit par notre confrère rhinologiste et la médication interne à l'iodure de potassium. Nous diagnostiquons une nécrose du maxillaire supérieur.

Opération. — Le jour même, avec l'aide de son médecin, nous opérons M. X..., après deux injections au chlorhydrate de cocaïne. Nous enlevons les incisives centrales et l'incisive latérale droite et avec le thermocautère, nous ouvrons largement et profondément le sillon gingivo-labial jusqu'au niveau des canines. — Pansement. — A l'intérieur, sirop de Gibert.

4 Mai. — Le gonflement a presque disparu, le pus est devenu moins abondant. M. X..., obligé de retourner à ses occupations demande la suppression de l'iodoforme.

10 Mai. — Il n'existe plus de douleurs, plus de suppuration par les alvéoles, mais le malade constate la présence de pus dans son mouchoir chaque fois qu'il se mouche. La communication du foyer purulent avec les fosses nasales est manifeste. Le p'ancher est détruit en partie. Les alvéoles des dents extraites paraissent saines; aucune apparition de résorption de la cloison. Il est hors de doute que le foyer de nécrose est profond; toutefois, il n'y a encore aucun ébranlement.

23 Mai. — Les choses restent en état jusqu'au 25 Mai. A cette date il y a un léger ébranlement du foyer osseux qui comprend les trois alvéoles.

6 Juin. — Elimination du séquestre. Nous détachons, sans aucun effort, à l'aide d'une pince, une masse osseuse qui comprend : 1° La partie antérieure du maxillaire supérieur comprise entre les canines et limitée en haut par l'épine nasale antérieure. 2° La partie antérieure des os palatins comprenant le canal palatin antérieur dans un espace de 2 centimètre et demi. 3° Une partie du vomer et de la cloison osseuse des fosses nasales.

Toute la partie de cette lame osseuse s'est détachée spontanément. Elle n'était plus maintenue que par de légères adhérences à la mu-

queuse palatine qui reste nette et sans aucune trace d'inflammation. L'examen de ce séquestre montre de suite l'histoire du travail pathologique qui s'est produit. La nécrose s'est installée sournoisement et a évolué lentement pendant huit mois.

10 Juin. — Des irrigations antiseptiques sont pratiquées trois fois par jour par la large ouverture qui communique librement avec les fosses nasales. Le malade nasonne en parlant, il ne peut se moucher; il se mouche dans sa bouche.

Nous avons revu notre malade en Janvier 1893. Il n'y a plus eu aucune élimination osseuse et le traitement au sirop de Gibert est continué trois fois par an, pendant trois semaines.

Nous avons tenu à rapporter intégralement cette longue observation relatée par Combe, dans la « Revue hebdomadaire de rhinologie et de laryngologie » de 1893; et cela pour deux raisons.

La première est qu'elle ne saurait être tendancieuse, car la lésion du bourgeon médian fut insoupçonnée. Lorsque Combe, en effet, parle de l'élimination du séquestre, il parle de partie antérieure des os palatins et non de bourgeon incisif : Or nous savons que la portion de la voûte palatine comprise entre les incisives et s'étendant jusqu'à 2 centimètres et demi en arrière ne saurait être appelée différemment que bourgeon médian.

La seconde raison est que, dans cette observation très détaillée, nous avons pu suivre toute l'évolution du mal, depuis le catarrhe du nez avec céphalées et névralgies jusqu'à l'élimination du séquestre osseux, par laquelle l'accident se termine. On n'aurait pu mieux faire, même si le diagnostic de syphilis du bourgeon incisif avait été posé dès le début.

CHAPITRE III

APERÇU CLINIQUE

Nous ne croyons pas inutile d'étudier ici sommairement la symptomatologie par laquelle se manifeste la syphilis tertiaire du bourgeon médian. Nous regrettons que la rareté des observations que nous avons pu recueillir, leur brièveté, parfois ne nous aient pas permis d'en faire une étude approfondie. Du moins, les faits que nous apporterons, pourront-ils servir plus tard à des analyses plus complètes.

Le début de l'affection s'annonce par des prodromes dont les plus constants sont des céphalées et des douleurs névralgiques. Ils sont parfois précédés d'un catarrhe nasal qui souvent a passé inaperçu, parce que les événements marchent rapidement et que d'autres symptômes plus inquiétants suivent de près. Dans certains cas, pourtant, ce catarrhe sera l'unique symptôme dont se plaindra le malade, pendant quelques temps.

Les céphalées, d'abord vagues prennent peu à peu une acuité dont le maximum se manifeste avec une intensité croissante à mesure que la nuit approche. Nous avons, cependant, noté une fois, dans nos observations, le cas où elle était uniquement diurne. Sa localisation dans la région occipitale est un fait classique de la syphilis : quoique nos malades n'aient pas été affirmatifs sur ce point,

En même temps, surviennent des *douleurs néralgiques*, siégeant sur tout un côté de la face. Le point de départ semble en être au niveau de la région malade avec irradiations vers les joues et les tempes. Nous avons noté plus souvent cette douleur à droite, probablement parce que le processus d'ostéo-périostite ou de nécrose avait débuté du côté droit.

Au bout d'un certain temps, les douleurs sont accompagnées de phénomènes plus précis. C'est d'abord un *gonflement de la voûte palatine*, avec sensation de tension et de chaleur, siégeant immédiatement en arrière de l'arcade des incisives, sur la ligne médiane. Ce gonflement apparaît rapidement, et nos malades s'en sont, souvent, aperçus le matin au réveil, alors qu'ils n'avaient rien observé la veille. Rapidement aussi (en deux ou trois jours) cette tuméfaction devient fluctuante; et, si aucune intervention n'est pratiquée, elle s'abcède et se fistulise. La tumeur, alors, diminuera, mais ne disparaîtra pas complètement. Elle deviendra dure et fera corps avec l'os.

Le pus n'a pas de caractère très précis : tantôt c'est un pus franc, bien lié, sans odeur spéciale; tantôt un pus sanieux et très fétide. Dans ce dernier cas, y a-t-il peut-être lieu de faire intervenir certains anaérobies qui existent dans la bouche et qui, pour une cause ou pour une autre, ont pu filtrer jusques vers le foyer de nécrose.

La réaction inflammatoire ne se manifeste pas seulement par cette tuméfaction de la voûte palatine. Du côté de la joue et de l'aile du nez, dans le sillon jugo-nasal, on observe un *œdème* plus ou moins accentué. Dans une de nos observations est rapporté le cas où cet œdème avait pris des proportions considérables au niveau de la lèvre supérieure,

au point de rendre le malade méconnaissable. L'enchi-
frènement, le catarrhe nasal, le *gonflement du plancher des*
fosses nasales avec difficulté de la respiration, gêne et sen-
sation de pesanteur sont aussi des phénomènes constants
se montrant de bonne heure et persistant longtemps. La
température atteint 38° 5, 39°.

La participation de la muqueuse nasale au processus
spécifique se traduit encore, au bout de quelques jours, par
un *jettage de pus* interminable, d'odeur infecte, de couleur
tantôt franche, tantôt sanguinolente ou striée de sang et
qui va, parfois, à cause de sa longue durée, soulever le
diagnostic de sinusité.

Ce pus se concrète sous forme de *croûtes* épaisses qui se
détachent au fur et à mesure de leur formation lorsque le
malade se mouche.

Si le mal n'est pas arrêté à temps, l'os est irrémédiable-
ment atteint : des *séquestres* osseux se mobilisent, perforent
peu à peu soit la muqueuse des fosses nasales, soit celle
de la voûte palatine, soit encore la gencive, se détachent
et s'éliminent. Parfois, leurs dimensions ne leur permettent
pas de s'éliminer facilement. Ils restent encastrés dans le
tissu sain environnant, durant une période plus ou moins
longue. Il faudra avoir recours à une intervention pour les
enlever.

L'os, une fois nécrosé et éliminé, les muqueuses nasale
et palatine, fortement atteintes par l'inflammation se né-
crosent à leur tour (si elles n'ont déjà été éliminées avec
l'os) laissant à leur place une perforation qui fait commu-
niquer la bouche avec les fosses nasales et dont les dimen-
sions sont variables (gros-seur d'une noisette, parfois d'une

noix). Le siège en est à la partie antérieure de la voûte palatine, sur la ligne médiane, plus ou moins rapproché des incisives.

Les *troubles fonctionnels* qui en résultent, en raison de la situation de la perforation sont assez accentués : la déglutition est peu entravée, l'absorption des liquides se fait mal : le malade aspire de l'air par le nez, en même temps qu'il aspire le liquide par la bouche ; la voix est nasonnée. Un autre phénomène, relaté par Combe, dans son observation, est intéressant à noter : Le malade ne peut plus se moucher ; il se mouche dans sa bouche. Il manque aux mucosités tombées sur le plancher des fosses nasales un pont pour franchir la perforation et arriver aux narines.

Les symptômes que nous venons d'analyser s'observent, en général, au cours de presque toutes les syphiloses nasales et de la voûte palatine. Ils n'ont en somme rien de particulier à la syphilis du bourgeon incisif. Le caractère vraiment pathognomonique de l'affection ; le symptôme de localisation de la syphilis au niveau du bourgeon médian consiste, à notre avis, dans l'apparition d'une *mobilité anormale des incisives* précédée de *douleurs* spontanées et provoquées à ce niveau. Ces symptômes sont ordinairement contemporains de l'apparition de la tumeur palatine.

Les dents, absolument saines et solidement implantées dans leur alvéole. jusqu'à ce jour, deviennent peu à peu douloureuses à la pression, et ainsi, impropres à la mastication ; puis, elles se mobilisent dans leur alvéole et deviennent branlantes. Au niveau du col de la dent, on observe ordinairement de l'inflammation sous forme d'un liseré rouge ou grisâtre suivant le degré, et la pression sur les

gencives peut faire sourdre du pus dans le sillon gingivodentaire. L'abondance en est parfois telle qu'il s'écoule continuellement, de lui-même. Les dents voisines (canines et prémolaires) ont gardé toutes leurs qualités. Rien de pareil à ce qui s'observe au niveau des incisives ne s'y révèle à un degré quelconque. Les symptômes cessent brusquement au niveau des canines.

C'est là, assurément, un des symptômes des plus frappants de localisation au niveau du bourgeon incisif; les limites de l'os sont en quelque sorte tracées par les limites de la suppuration.

Il arrive parfois, cependant, qu'une des incisives ne présente pas ces symptômes durant un certain temps. Il faudrait, peut-être, en trouver l'explication dans ce fait qu'il existe quatre os intermaxillaires, supportant chacun une dent et que l'un d'eux se trouve dans un état de résistance plus grand que les autres ou bien que l'ostéite nécrosante éprouve une certaine difficulté à franchir leurs différentes lignes de suture.

Une à une, à mesure que la nécrose du bourgeon médian progresse, les incisives qui ne sont plus nourries ni supportées, vont se détacher de leur alvéole, comme un fruit mûr de l'arbre. Elles tomberont spontanément sans provoquer de grosse douleur.

La portion du maxillaire où elles sont implantées pourra à son tour s'éliminer; elle garde néanmoins une résistance plus grande que la portion de l'os incisif qui forme la voûte palatine. La plupart du temps, en effet, le processus semble s'arrêter; la portion alvéolaire du bourgeon incisif ne s'élimine pas, formant ainsi une sorte de pont osseux entre les maxillaires supérieurs.

Le *diagnostic* se basera sur les antécédents du malade ; sur les céphalées nocturnes persistantes à intensité progressive et que ne calment pas les analgésiques ; sur le catarrhe du nez suivi de rejet de pus et de croûtes fétides. Les douleurs névralgiques, la tuméfaction de la voûte du palais immédiatement en arrière des incisives, celle du sillon gingivo-labial, préciseront la localisation de l'accident spécifique. Enfin, la mobilité anormale des incisives, la douleur à la pression à ce niveau et l'apparition de pus dans le sillon gingivo-dentaire seront l'indice de lésion avancée du bourgeon incisif.

La réaction de Wasserman, enfin, dans les cas difficiles, contribuera à faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre.

Ces caractères permettront de ne pas confondre cette affection avec un simple abcès dentaire : erreur dont les conséquences seraient des plus fâcheuses pour le malade.

Quelquefois, pendant longtemps, le mal ne se traduira que par un écoulement nasal de pus, accompagné de douleurs névralgiques et de céphalées. On pensera à la sinusité et on sera obligé de pratiquer la transillumination des os de la face qui montrera l'intégrité des sinus.

Un traitement intensif institué le plus tôt possible, telle sera la ligne de conduite à tenir. Il sera, soit mercuriel et ioduré, soit arsenical de préférence (néosalvarsan) à cause de son action plus rapide ; malgré lequel, pourtant, on n'arrivera pas toujours à préserver le malade de pertes de substances irrémédiables au niveau de la voûte palatine.

CONCLUSIONS

1° Parmi les nombreuses manifestations de la syphilis tertiaire au niveau du massif facial nous pensons qu'il faut réserver une place spécial aux accidents du bourgeon médian ; et cela pour les raisons suivantes :

2° Des faits cliniques nous ont permis de réunir un certain nombre d'observations dans lesquelles les lésions spécifiques ont nettement attaqué le bourgeon incisif à l'exclusion des autres parties du maxillaire supérieur.

3° A cette localisation particulière, répond une symptomatologie spéciale que nous avons essayée d'esquiner.

4° D'autres arguments plaident en faveur de la thèse que le bourgeon incisif peut être touché par la syphilis tertiaire, en dehors de toute autre manifestation : ce sont des malformations dans lesquelles on accorde une large part à la spécificité :

a) Les dents d'Hutchinson qui sont implantées sur le bourgeon incisif et dont les troubles trophiques traduisent une souffrance de l'os sous-jacent.

b) Le bec de lièvre, où la syphilis encore est mise en cause et qui consiste dans un trouble de l'évolution normale du bourgeon médian.

5° La différence d'origine entre le **bourgeon incisif** et le reste du maxillaire est encore un argument embryologique que nous devons mettre en évidence. Cette différence d'origine est peut-être, en effet une cause de cette indépendance pathologique relative vis à vis du maxillaire supérieur au cours de l'évolution tertiaire de la syphilis.

Le Président de la Thèse,
NICOLAS.

VU :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 novembre 1919.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
- TOURNEUX. — Précis d'embryologie humaine. (Doin 1898).
- LE DENTU et DELBET (Pierre). — Nouveau traité de chirurgie. — Affections chirurgicales de la face (XV).
- FORGUES. — Précis de pathologie externe. (Doin 1917).
- ROUSSEL. — De la syphilis tertiaire dans la seconde enfance et chez les adolescents. (1881).
- COMBE. — Syphilis. — Accidents tertiaires. — Nécrose du maxillaire supérieur. — Élimination d'une portion notable du maxillaire supérieur. — (*in Revue hebdomadaire de rhinologie et de laryngologie*, 1893).
- MAURIAC. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. (1890)
- BERNOUD. — Syphilis tertiaire des fosses nasales. Thèse de Lyon 1898.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis. (1906).
- VOUZELLE. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. (1902)
- BERDAL. — Traité pratique de la syphilis. (1902)
- DUPLAY. — Des perforations syphilitiques de la voûte palatine. — (*mer. médical*, 1896).
- FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive. (1886).
- FOURNIER. — Hérédo-syphilis de 2^e génération.
- COZZOLINO. — Leçons sur la syphilis tertiaire, naso-pharyngo palatine. (Florence 1892).
- JEANSELME. — Sur la signification du tubercule de Carabelli. — (*Presse médicale*, 4 mars 1918).
- JEANSELME. — Société d'anthropologie, décembre 1917. — Académie de médecine, janvier 1918.
- MOZER et CHENET. — Presse médicale, 20 septembre 1917.
- GALLIPÉ. — Académie de médecine, 6 novembre 1917.

